



Une médecine de la précarité à l'hôpital: tensions et enjeux sur de la conception du soin. Le cas des Permanences d'Accès aux Soins de Santé.

Jérémy Geeraert

► To cite this version:

Jérémy Geeraert. Une médecine de la précarité à l'hôpital: tensions et enjeux sur de la conception du soin. Le cas des Permanences d'Accès aux Soins de Santé.. Autour du soin Pratiques, représentations, épistémologie, PUN, 2014, Collection "Santé, qualité de vie et handicap", 978-2-8143-0200-6. halshs-01100517

HAL Id: halshs-01100517

<https://shs.hal.science/halshs-01100517>

Submitted on 7 Jan 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Une médecine de la précarité à l'hôpital

Tensions et enjeux sur la conception du soin. Le cas des Permanences d'accès aux soins de santé

La (ré)ouverture de l'hôpital, depuis deux décennies, à la gestion médico-sociale des publics en situation de grande précarité sociale et économique a entraîné certains changements des missions et du rôle social de l'hôpital. Cette institution publique, qui a pendant longtemps eu pour rôle d'accueillir les déshérités, s'en est lentement écartée depuis la seconde moitié du XXe siècle. L'orientation de plus en plus technique et spécialisée a eu pour effet de réduire la fonction de lieu d'accueil et de prise en charge des plus démunis (Parizot, 2003 ; Herzlich, 1973).

Les promoteurs d'une santé de la précarité défendent l'idée que la prise en charge par l'hôpital des patients en situation de grande précarité sociale et économique demande une démarche de soin globale qui prenne en compte les déterminants sociaux, psychologiques et médicaux qui agissent sur la santé, et cela en amont et en aval. Cette approche s'oppose cependant à celle qui a été développée par l'hôpital ces soixante dernières années. C'est le principal problème auquel vont se retrouver confrontées les Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), structures hospitalières nées en 1998 qui visent à faciliter la prise en charge des personnes qui rencontrent des problèmes d'accès aux soins et aux médicaments. Pour le résoudre elles vont tenter d'imposer leur conception du soin et leur décroisement hors du monde hospitalier dans une logique de travail en réseau avec les acteurs de la ville.

À partir d'une enquête empirique par entretien et observation au sein de différentes PASS du territoire français, on s'attachera à identifier les enjeux en œuvre autour de la conception du soin à l'hôpital public. Le concept des champs bourdieusien¹ analyse les espaces sociaux comme non-fixes dans le temps et soumis à des tensions internes entre groupes antagonistes dans la recherche du monopole d'un capital légitime. Il per-

1. L'analyse qui est proposée ici s'appuie sur la théorie des champs sociaux développée par Bourdieu. Cf. notamment *La Distinction*, 1979 et pour des exemples concrets du fonctionnement et de la formation d'un champ voir par ex. l'article sur le champ scientifique (1976) ou *Questions de sociologie* (2002).

met ainsi de comprendre comment le sous-champ de la médecine de la précarité se structure et comment ses agents tentent d'imposer une pratique et une conception du soin (capital spécifique) qui leur est propre et de les légitimer par rapport à celles dominantes au sein de l'institution hospitalière. L'hétérogénéité, d'un hôpital à l'autre, de la taille et de la forme des Permanences d'accès aux soins de santé offre un cadre privilégié pour identifier les formes différentes que peuvent prendre les rapports de force et les tensions en jeu autour de la conception dominante de la démarche médicale au sein des hôpitaux publics aujourd'hui en France.

Cette contribution apporte à la sociologie de la médecine, et plus particulièrement à celle qui s'intéresse aux transformations de l'institution hospitalière, un éclairage quant aux processus qui animent la bataille dans la course au capital légitime et aux rapports de forces entre les différents agents. Plus particulièrement, elle propose d'étudier des processus de constitution d'un nouvel entrant dans un champ déjà constitué et des différentes stratégies développées par les agents dominés afin d'imposer ou d'adapter leur capital spécifique et cela à partir d'un exemple concret.

Elle s'inscrit dans le prolongement des travaux d'inspiration bourdieusienne de Patrice Pinell sur la genèse du champ médical (2009) et sur les processus de spécialisation à l'intérieur de ce champ (2005) où il en retrace la constitution dans une perspective historique et sociologique. On pense aussi aux travaux de Monet J. (2005) qui montre la tentative ratée de faire de la kinésithérapie une spécialité à l'intérieur du champ médical et de Guirimand (2005) qui retrace la naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux guerres. Ces différentes études se sont penchées sur la constitution des sous-champs dans une perspective historique, la présente étude a l'avantage d'observer directement les interactions entre les parties qui s'opposent.

Méthode

Ce travail est basé sur une enquête qualitative réalisée dans le cadre d'une thèse de sociologie en cours². Le matériau empirique a été collecté

2. J. Geeraert, « L'accès aux soins des populations démunies. Le traitement de la question sociale à l'hôpital public », elle est dirigée par Marie Jaisson (Professeure de sociologie), financée dans le cadre d'un contrat doctoral de l'Ecole doctorale ERASME de l'université Paris 13 et est accueillie au sein du laboratoire IRIS (Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux, UMR 8156, Paris 13, EHESS, Inserm, CNRS).

Une médecine de la précarité à l'hôpital

sur une durée de plus de trois ans entre juin 2010³ et décembre 2013 et est constitué d'un corpus regroupant :

- 41 entretiens semi-directifs,
- 2 monographies de PASS,
- Des observations semi-participantes plus ponctuelles dans d'autres PASS, dans un centre de soins gratuits associatif et dans le cadre de réunions d'un collectif d'associations qui militent pour défendre la santé des étrangers,
- Des observations participantes au sein du Collectif national des PASS, d'un sous-groupe de travail organisé par une Agence Régionale de Santé (ARS) sur les PASS, d'un sous-groupe de travail du Collectif PASS,
- Des analyses de documents tels que des rapports d'activités des PASS (12)⁴, des comptes-rendus de réunion, des rapports officiels et études, etc.,
- Un travail de recherche historique basé sur la lecture d'ouvrages et d'articles scientifiques.

Les entretiens ont été menés auprès de professionnels des PASS (assistants sociaux (11), infirmiers (5), médecins généralistes – attachés ou praticiens hospitaliers – faisant des vacation à la PASS (5), médecins référents des structures PASS (8), des internes en médecine (2)), de cadres socioéducatifs (2), d'un directeur des affaires financières (1), d'employés des tutelles (de type Agence Régionale de Santé, Assistance-Publique – Hôpitaux de Paris, Ministère de la Santé) chargés de la question des PASS ou de la précarité (5), un coordinateur régional (1) et de responsables de structures associatives œuvrant dans le domaine de l'accès aux soins (3). Les monographies ont été réalisées dans une PASS de la banlieue parisienne (PASS U) et dans une PASS parisienne (PASS V), à cette occasion des observations ont été faites lors des consultations médicales et infirmières, des entretiens avec les travailleurs sociaux, dans les salles

3. La collecte a débuté dans le cadre d'un mémoire de Master 2 recherche SPPS (Santé, Populations et Politiques Sociales, EHESS-Paris 13) intitulé « Le social à l'hôpital. L'accès aux soins de populations en situation de grande précarité économique et sociale », juin 2011.

4. Les chiffres entre parenthèse indiquent le nombre de rapports d'activité et le nombre personnes interviewées. La sommes des personnes interviewées ne correspond pas au nombre d'entretiens menés car certains ont été réalisés à plusieurs.

d'attente et lors des diverses réunions d'équipe ; des entretiens ont également été faits avec les différents agents⁵.

Ce vaste matériau empirique permet d'avoir une vision d'ensemble la plus précise possible du sous-champ de la médecine de la précarité. Ainsi, il a paru important de ne pas se limiter à la PASS, mais d'élargir l'enquête empirique aux agents qui gravitent autour de cette structure à l'intérieur de l'hôpital (direction, encadrement, tutelles) et à l'extérieur de l'hôpital (milieu associatif principalement). De même, un effort a été fait pour que cette enquête empirique reflète les diversités spatiales du territoire français⁶ et souligne les différents contextes géographiques (notamment en prenant en compte les oppositions entre Paris et sa banlieue et Paris et la province qui jouent un rôle important dans la constitution du sous-champ de la médecine de la précarité).

Conception du soin de l'hôpital moderne

La conception du soin que tentent d'imposer les agents des Permanences d'accès aux soins de santé ne peut se comprendre sans tenir compte du rapport que cette conception entretient avec celle plus large et dominante de l'hôpital moderne. C'est, en effet, en partie sur la base de cette dernière ou plus exactement en réaction à celle-ci, que la conception du soin de la médecine de la précarité se construit et évolue. Il est donc utile dans un premier temps de proposer une définition idéal-typique de la conception du soin de l'hôpital public moderne.

L'hôpital moderne se caractérise d'abord par le développement de la médecine de pointe et le découpage des services des hôpitaux en spécialités qui ont banalisé une approche centrée sur des pathologies précises ou sur des parties du corps. Cette approche tend à occulter le patient derrière l'acte de soin qui s'impose comme l'objet principal à l'hôpital. C'est ce qu'on appelle la médecine d'organe. Chaque service est spécialisé dans une partie du corps, le patient tend donc à être réduit à la partie de son corps qui est malade.

5. Il est important de noter ici qu'aucun entretien n'a été réalisé avec les patients car les biais méthodologiques étaient trop importants, en effet, rares étaient ceux dont le français étaient la langue maternelle. Les observations (notamment semi-participantes) et les entretiens avec les personnels en contact avec eux ont été la voie privilégiée pour collecter une information précieuse sur ces patients.

6. Les DOM-TOM et la Corse ne font pas partis du corpus. De même, les milieux ruraux ne sont pas inclus dans cette enquête.

Une médecine de la précarité à l'hôpital

D'autre part, depuis les années 1950, l'hôpital s'est fixé des contraintes financières qui ont aussi fortement modifié la conception du soin et qui s'ajoutent à cette focalisation sur l'acte technique : l'acte de soin rémunérateur est largement valorisé. Cette tendance s'accroît depuis le début des années 1990. Le contexte de crise économique et de rigueur budgétaire entraîne une pratique de plus en plus tournée vers la rentabilité ; les réformes récentes qui ont instauré la politique de la rémunération à l'acte, la T2A, en sont un aboutissement. Il s'agit en effet de financer les services hospitaliers en fonction du nombre d'actes techniques : ainsi, plus ils réalisent d'actes sur les patients et plus ces actes sont rentables, plus le service se verra doter financièrement (voir notamment Belorgey, 2010).

Enfin, la conception du soin de l'hôpital public moderne (et surtout le centre hospitalo-universitaire) valorise l'acte technique et la recherche de pointe, cette tendance présente tout au long du XXe siècle s'est accélérée depuis la réforme de 1958 dite Robert Debré qui crée le temps plein hospitalier et le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)⁷. L'acte de soin qui a le plus de « valeur », dont la légitimité est la plus grande, est celui dont la technicité est la plus importante ou celui qui innove dans le champ de la recherche médicale. Cette échelle de valeurs, cette hiérarchie des actes de soins, ne prend pas en compte des éléments tels que les bénéfices sur la santé ou le taux de guérison, mais plutôt les degrés de modernité et l'intérêt porté par le monde scientifique. Les soins de la micro-chirurgie cardiaque par exemple sont donc valorisés, alors que les soins de médecine générale ou les soins infirmiers se trouvent en bas de cette échelle de valeur. Ce qui compte c'est la technicité, et non pas la capacité à soigner. Ainsi l'acte de soin est devenu une référence centrale dans l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, il permet de mettre en valeur la modernité technique et de mesurer une activité en la hiérarchisant selon sa rentabilité grâce à de nouveaux outils tels que les PMSI (Programmation Médicalisée des Systèmes d'Information) ou la T2A.

Il ne faut cependant pas oublier que l'hôpital public s'inscrit dans une histoire séculaire à l'intérieur de laquelle la prise en charge des personnes démunies a longtemps tenu une place centrale. L'hôpital public a incarné pendant longtemps une mission d'assistance et un principe de charité institutionnelle (Imbault-Huart, 1998). Il avait cependant peu de fonction soignante. C'était un lieu d'accueil pour les déshérités où l'on ne venait bien souvent que pour y mourir (Foucault *et al.*, 1979). La mise à l'écart de cette fonction s'est faite progressivement à partir du XIXe siècle, période pendant laquelle l'hôpital se médicalise. Mais s'il est le lieu des

7. À ce propos voir l'ouvrage de H. Jamous (1969).

progrès médicaux, c'est en partie grâce aux nombreuses autopsies pratiquées sur les corps des patients pauvres qui y meurent toujours en grand nombre. Le XXe siècle voit l'hôpital devenir le haut lieu du soin avec ses techniques modernes. Ce n'est qu'en 1941 suite à la loi relative aux hôpitaux et hospices publics que l'hôpital s'ouvre aux plus riches et aux assurés sociaux, il s'écarte de son rôle « d'assistance aux pauvres » pour devenir le lieu « de soins aux malades » (Jamous, 1969). Ce bref rappel historique⁸ veut souligner que l'hôpital, malgré sa conception du soin moderne, s'inscrit dans une tradition de soins envers les plus démunis qui se retrouve encore en partie aujourd'hui⁹.

Les Permanences d'accès aux soins de santé

Cette mission d'accueil et de soins des plus démunis a été réaffirmée à plusieurs reprises, notamment dans la loi de 1998 de lutte contre les exclusions qui crée dans les hôpitaux les Permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Cette loi est l'aboutissement d'un processus plus général qui a commencé à la fin des années 1980 et qui a introduit les thèmes de la nouvelle pauvreté et de l'exclusion dans le débat public. Les PASS sont des dispositifs créés au sein d'établissements publics de santé qui visent à accueillir les personnes en situation de précarité, à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits en matière de santé. L'enquête empirique menée a montré que le public des PASS est largement constitué de personnes sans-papiers nouvellement arrivées sur le territoire français, de demandeurs d'asile (qui n'ont pas encore déposés leur demande ou qui ont été déboutés) et, dans une moindre mesure, de grands précaires (SDF, toxicomanes, etc.).¹⁰

8. Pour une analyse plus complète du passage de l'hôpital public d'un lieu d'assistance aux pauvres vers un lieu de soins voir l'article de Dodier et Camus (1997).

9. De la même manière, ces traits qui caractérisent la conception du soin de l'hôpital moderne sont à relativiser au regard de l'essor de spécialités davantage transversales telles que la pédiatrie, la médecine interne ou la gériatrie qui fonctionnent sur des logiques autres que celles décrites ici.

10. L'enquête empirique a été menée dans des PASS parisiennes, de la banlieue parisienne et dans des grandes villes de province. Cette observation ne concerne pas les PASS des petites villes de province où vraisemblablement le public est davantage constitué de grands précaires.

Une médecine de la précarité à l'hôpital

D'après les textes de loi¹¹ et le guide de recommandation rédigé par le ministère¹², on peut dégager six objectifs reliés à la mise en place de ces permanences :

1. Repérer et identifier les personnes en situation de précarité.
2. Recouvrer un accès aux droits sociaux en matière de soins de santé.
3. Offrir soins et médicaments aux personnes sans couverture sociale.
4. Développer un réseau médico-social avec les acteurs de terrain sur le territoire dont dépend l'hôpital.
5. Former et informer les personnels hospitaliers aux problèmes de la précarité.
6. Offrir un soin adapté aux problématiques de santé des personnes en situation de précarité.

Cette définition officielle des missions de la PASS laisse une liberté d'interprétation assez large. L'organisation de la structure prend différentes formes d'un hôpital à l'autre et les missions qui lui sont confiées s'en trouvent également modifiées. En effet, si les six objectifs présentés ici, qui émanent des textes officiels, constituent bien une base qui définit les fonctions des PASS, chacune d'entre-elles en fait cependant sa propre lecture, adopte certains points, en écarte d'autres ou se fixe d'autres objectifs.

Cette base résume néanmoins assez bien les principes du nouvel entrant dans le champ de la médecine hospitalière qu'on appellera ici le sous-champ de « la médecine de la précarité ». Ce sous-champ a été défini à partir des observations et du matériau empirique. Il constitue un espace social qui ne se résume pas seulement aux Permanences d'accès aux soins de santé, il inclut tous les agents (institutionnels, associatifs ou particuliers) qui orientent tout ou partie de leurs activités à faire reconnaître l'importance d'un accès aux soins de qualité pour ceux qui n'en disposent pas et à soigner cette catégorie de la population. Ces autres agents sont principalement des associations comme Médecin du monde ou le Come-de, mais aussi certains médecins avec un fort ancrage institutionnel et politique, des syndicats de médecins, etc. Le texte de loi qui met en place les PASS a d'ailleurs été écrit en collaboration avec les grandes figures du sous-champ de la médecine de la précarité. De la même manière certaines PASS ne font pas partie de ce sous-champ car elles ne répondent pas aux critères énoncés plus haut.

11. Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions introduit dans le code de santé publique (CSP), l'article L.6112-6 prévoit la mise en place de Permanences d'accès aux soins de santé.

12. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf

Cette précision est importante car c'est de ce sous-champ qu'est issue la conception du soin, construite historiquement, défendue par certaines Permanences d'accès aux soins de santé. Les observations menées montrent qu'elles se caractérisent par une conception du soin particulière. Cette conception se base sur le fait que la médecine est incapable de soigner seule des patients dont la situation sociale, environnementale ou psychologique a soit provoqué la pathologie soit entravé le processus de guérison. Les déterminants de la santé ne sont pas seulement physiques ou médicaux, mais également sociaux, psychologiques, culturels, environnementaux, etc. Cette vision de la médecine holistique prend en compte le patient dans sa globalité et considère que sa situation sociale et économique influe sur sa santé.

L'écoute du patient est une étape essentielle dans la démarche de soin et elle est privilégiée par rapport au recours à l'acte technique. Il a d'ailleurs souvent pu être noté lors des observations que la place laissée au dialogue est plus grande par rapport à celle consacrée au soin technique.

Cette vision du soin présuppose donc une collaboration pluriprofessionnelle (notamment avec des travailleurs sociaux et des psychologues, des infirmières, etc.). Cet aspect est également important car la démarche de soin ne peut se faire sans une expertise sociale. La dimension collégiale est essentielle de cette conception du soin. Les infirmières, travailleurs sociaux, médecins travaillent ensemble à l'accompagnement du patient.

Elle s'appuie aussi fortement sur le travail en réseau avec des associations ou des individus qui agissent sur d'autres aspects de la vie sociale qui influent aussi sur l'état de santé générale du patient ou qui agissent à d'autres moments (avant ou après la prise en charge hospitalière, par exemple). Ce travail en réseau se fait principalement avec des associations ou des institutions qui s'occupent de l'insertion sociale des patients. Ce sera par exemple une association communautaire qui aidera le patient à trouver un logement ou un travail.

Il s'agit donc de travailler en amont et en aval, à la fois sur les pathologies et sur les déterminants sociaux de la santé, en faisant collaborer des acteurs aux spécialités différentes dans un fonctionnement en réseau.

Une seconde dimension de cette conception du soin est son approche du contact avec le patient. Se concentrant sur les patients en situation de précarité économique et sociale, l'offre de soin s'adapte à eux. La complexité du système de soin, que ce soit dans les démarches administratives ou dans les démarches pratiques pour trouver un médecin, est jugée décourageante pour ces patients. Ils sont, en effet, souvent très désocialisés ou ont une mauvaise connaissance du système de santé et les professionnels vont donc essayer d'aller vers les patients pour rendre cela plus

Une médecine de la précarité à l'hôpital

abordable. De plus, ces patients ont souvent une mauvaise maîtrise de la langue française et une origine culturelle différente qui rendent la communication avec les soignants compliquée¹³. Le monde de la médecine de la précarité va donc s'atteler à rendre moins complexes ces éléments.

Cette conception du soin, comme cela a été mentionné, est intégrée à des degrés divers selon les PASS. On peut se demander comment elle s'applique concrètement dans les hôpitaux et comment elle s'articule avec la conception du soin dominante dans le champ de la médecine hospitalière. L'observation des différentes structures montre des pratiques très différentes dont on a pu dégager trois modèles qui s'éloignent plus ou moins de la conception du soin de la médecine de la précarité.

Les PASS horizontales

Un premier modèle est celui de la Permanence d'accès aux soins de santé horizontale. Celle-ci a deux types d'action. La première permet aux patients qui n'ont pas de couverture sociale de se faire soigner grâce à des « bons », petits reçus, qui sont attribués par une assistante sociale après un entretien avec le patient. Cette distribution se fait en parallèle d'un accompagnement dans les démarches de recouvrement d'une assurance sociale. Ces bons sont valables pendant une période donnée (souvent un mois) renouvelable. Ils permettent de bloquer les factures au niveau du service financier en attendant que le patient soit assuré, d'accéder à tous les services de l'hôpital (soins ambulatoires, consultations, pharmacie, examens, etc.) et de disposer de l'offre de soin dans l'hôpital comme tous les autres patients sans avoir à payer.

Le second type d'action consiste à proposer des services réservés et adaptés à cette population en situation de précarité économique et/ou sociale. Ce sont très souvent des consultations de médecine générale et un service d'accompagnement social, complétés par un suivi médical et social collégial des patients sans sécurité sociale.

La condition nécessaire à une structure horizontale est de disposer d'un espace dédié à la prise en charge de ces patients, qui doit être physiquement présent dans l'hôpital. Les modalités de fonctionnement et la taille peuvent varier d'un hôpital à l'autre. La configuration de base de ce type de PASS est constituée d'une permanence sociale et d'une consultation de médecine générale sans rendez-vous. Des consultations spécialisées avec ou sans rendez-vous en gynécologie, en ophtalmologie, psychiatrie, dentaires, etc., peuvent également s'y trouver. En plus des consultations médicales et sociales, la PASS horizontale peut proposer des

13. Voir à ce propos le mémoire de Master de A. Moyal (2012).

soins diversifiés comme des soins infirmiers, des consultations de psychologie, des consultations spécialisées dans « les troubles de la santé et de la violence », etc. Le lieu dédié est clairement identifié par un espace physique qui lui donne une grande visibilité et lui permet de se faire connaître du public qu'elle cible et des différents partenaires du réseau dans lequel elle s'inscrit.

Elle répond à presque tous les aspects de la conception du soin de la médecine de la précarité : travail en réseau avec les associations extérieures, collégialité, pratique holistique de la médecine, pluridisciplinarité, etc. Cette forme de PASS est celle qui est la plus orientée vers la conception du soin du monde de la médecine de la précarité. Mais, évidemment, la Permanence d'accès aux soins de santé horizontale est la forme la plus rare. Pour exemple, dans le département de la Seine-Saint-Denis, il n'y a qu'une seule structure horizontale, et on en compte qu'une petite vingtaine sur les 364 répertoriées en France.

Les PASS transversales

Le deuxième modèle est celui dit « transversal ». Il vise à intégrer les patients en situation de précarité dans le circuit de soin normal. Dans ce cas, le dispositif se résume en général au système de « bons » précédemment évoqué et à l'accompagnement social vers le retour au droit commun en matière de couverture santé. Il ne comporte qu'une dimension sociale ; les soins ne sont pas adaptés, ils restent les mêmes pour tout le monde. Il est dit transversal parce qu'il se fait à travers le service social des services de l'hôpital. Lorsqu'un patient sans sécurité sociale est repéré, le travailleur social lui procure un « bon PASS » et entame les démarches pour l'acquisition d'une assurance médicale lorsque que cela est possible.

Ce mode de fonctionnement, qui est de loin le plus répandu dans les hôpitaux de France, n'adopte pas la conception du soin du monde social de la médecine de la précarité. Les soins proposés ne prennent pas en compte les déterminants sociaux de la santé. Le médecin ne travaille pas en collaboration avec les travailleurs sociaux et inversement, ils travaillent parallèlement, traitant les problèmes selon deux aspects séparés, le social d'un côté et le médical de l'autre.

La PASS fantôme

Enfin, le troisième modèle se situe dans le développement extrême de la PASS transversale. Cette dernière peut permettre d'avoir un système sur le papier, sans qu'il n'y ait aucun dispositif concret dans l'hôpital. Ce système transversal, parce qu'il se veut « discret », peut complètement

Une médecine de la précarité à l'hôpital

disparaître. Comme il n'y a pas d'espace dédié ni de personne dédiée, ce dispositif peut être oublié facilement. On peut les appeler les « PASS fantômes ». Souvent, un travailleur social est alloué au poste de la Permanence d'accès aux soins de santé, mais seulement à mi-temps et cette fonction reste fictive. Cette configuration s'explique par les importants financements que l'hôpital reçoit pour le fonctionnement de ce dispositif.

Les conflits autour de la conception du soin

Cette présentation des différentes formes de Permanences d'accès aux soins de santé montre l'importance que revêtent les rapports de force entre les différentes parties du champ de la médecine hospitalière dans l'organisation concrète d'un service. L'implantation plus ou moins profonde de la conception du soin d'une des deux parties – celle du sous-champ de la médecine de la précarité et celle dominante de l'hôpital moderne – déterminera la forme organisationnelle de la permanence qui en découle : plus la conception du soin de la médecine de la précarité est présente dans l'établissement, plus il y aura de chances d'y trouver une PASS horizontale ; au contraire, plus cette conception y est faible, plus il y aura de chances pour le modèle transversal. Le rôle de certains médecins, fortement intégrés dans le champ de la médecine hospitalo-universitaire et qui ont su obtenir les financements ministériels fléchés sur la précarité au milieu des années 1990, a également été déterminant. Ces éléments éclaireront la différence d'implantation de cette conception qui peut être analysée comme le résultat du rapport de forces, construit historiquement, entre des agents (soignants, administrateurs, etc.) et des institutions (hôpitaux, associations, agences régionales de santé, etc.), qui sont en concurrence dans la distribution du capital spécifique légitime. Des nouveaux entrants (les PASS) et les groupes dominants (qui sont constitués des spécialistes à haute valeur ajoutée dans le système de valeur qu'ils imposent) se disputent ce capital spécifique, en l'occurrence ici le capital médical. La conception du soin dominante à l'hôpital public s'est construite, comme on l'a vu, autour de la rentabilité, de la technicité et de la médecine d'organe et elle se concentre sur l'acte de soin. Ce sont ces capitaux qui sont valorisés à l'hôpital public et ils sont détenus par les médecins spécialistes et par les administrateurs (directeurs d'hôpitaux). Cette con-

figuration hiérarchique, produit d'un processus historique¹⁴, n'est pas stable et définitive ; au contraire, elle se construit de manière continue et est le résultat des rapports de force entre les agents de ce champ.

Pour s'imposer, les agents des Permanences d'accès aux soins de santé tentent de revaloriser le capital médical de la médecine de la précarité par une recherche de légitimité ; pour cela ils développent différentes stratégies de légitimation¹⁵.

Les stratégies de légitimation

Il s'agit, dans un premier temps de faire reconnaître la valeur de l'activité dans l'hôpital. La négociation de la place de la permanence avec la direction de l'hôpital joue un rôle essentiel car elle détermine l'existence même de celle-ci (cas des hôpitaux sans PASS). La conception du soin dominante de l'hôpital moderne entre en contradiction avec les missions de la Permanence d'accès aux soins de santé parce qu'elle n'est pas financièrement attractive et n'exécute pas d'actes médicaux à forte valeur ajoutée.

Extrait de carnet de terrain : « Lors des réunions trimestrielles de la PASS, où se rencontrent des membres de la direction de l'hôpital et l'équipe médico-sociale, le problème de la mesure de l'activité concrète de la PASS est souvent ressorti ; la direction se plaint de ne pas pouvoir l'évaluer et c'est pourquoi elle ne peut pas augmenter son budget. L'équipe médico-sociale répond que cette activité est difficilement évaluable et qu'elle ne l'est, en tout cas, pas avec les outils mis à leur disposition qui se basent sur la tarification à l'activité (la T2A) issues de la réforme « Hôpital 2007 ». Le médecin et l'assistante sociale ne cessent de répéter que les services prodigués ne consistent que rarement en des actes médicaux dénombrables ; qu'il est compliqué de mesurer le travail social et même l'activité des médecins généralistes. La prise en charge médico-sociale des patients précaires est souvent lente et

14. L'espace limité de cet article ne permet pas de détailler le processus historique qui a mené à cet état hiérarchique, il fera l'objet d'un futur article. Pour plus de précisions sur ce sujet, notamment sur la montée en pouvoir des administrateurs cf. Hauray et Fassin (2010) et sur la structure des spécialités médicales selon leur origine sociale et leur sexe cf. Jaisson (2002).

15. Nous ne présentons ici que les stratégies de légitimation qui ont trait à la conception du soin. Les résultats de l'enquête de terrain ont montré que les conditions d'existence et les déterminants de la forme la PASS ne dépendent pas seulement de ces stratégies, elles sont soumises à d'autres facteurs tels que le rapport historique de l'hôpital avec sa mission d'assistance aux démunis, la construction de la structure PASS par un médecin dont la position hiérarchique dans le champ de la médecine hospitalière est haute, etc. Nous n'avons cependant pas le temps de développer tous ces éléments ici.

Une médecine de la précarité à l'hôpital

chronophage, on ne peut pas transformer en langage administratif ou comptable le temps consacré à la discussion, à l'information, etc., alors qu'il constitue une part importante du travail réalisé. L'aboutissement d'un dossier d'AME peut prendre plusieurs mois et nécessite systématiquement plusieurs rendez-vous avec l'assistante sociale. On ne peut donc pas quantifier ce travail sur le nombre de dossiers terminés. L'indice du nombre de bons PASS distribués n'est pas non plus un bon indicateur car ceux-ci sont valables un mois et recouvrent donc souvent plusieurs actes médicaux et sociaux.

Lorsque ce problème est abordé en réunion, l'équipe se confronte à la direction pour que soit reconnue cette définition élargie des missions de la PASS ou qu'elle soit comptabilisée dans l'activité de la PASS. La direction adopte alors une stratégie de détournement, le représentant entend les arguments des membres de la PASS, mais rétorque que les logiciels informatiques ne sont pas programmés en conséquence. Il faut donc faire appel à l'informaticien. Le débat s'arrête ici. Tout le temps de mon enquête de terrain à la PASS-V¹⁶ (entre juin 2010 et juin 2011) ce problème n'a pas été réglé. L'informaticien est venu plusieurs fois mais n'a jamais résolu le problème. L'activité de la PASS ne peut donc qu'être partiellement mesurée (les budgets ne sont ainsi pas réajustés). La direction à travers cette stratégie de détournement reporte la résolution du conflit dans le temps. »

Les agents des PASS doivent donc développer des stratégies qui permettent de dépasser cette contradiction. Ainsi, bien souvent l'argumentaire principal sur de nombreux sujets est d'un ordre financier. Il s'agit en effet de légitimer le dispositif et son activité par le fait qu'ils sont rentables pour l'hôpital, ou plutôt qu'ils permettent à l'hôpital d'économiser d'importantes sommes d'argent en réduisant les impayés et donc les dettes. Une structure développée et fonctionnelle permet de détecter les patients sans sécurité sociale (qui sont la source principale des impayés pour l'établissement de santé) et de les prendre en charge, grâce à des financements ministériels, les MIG (Missions d'Intérêt Général), jusqu'au retour au droit commun. Elle permet ainsi de réduire les impayés à court terme. Les patients du dispositif deviendront solvables – et donc rentables pour l'hôpital – grâce à l'accompagnement social qui les orientera vers le droit commun. Ce type de raisonnement est décliné pour toutes les initiatives et innovations mises en place par les PASS. L'argumentaire humaniste ou juridique n'a que peu de poids dans les négociations, par conséquent la conception du soin de la médecine de la précarité, reprise par les agents des Permanences d'accès aux soins de santé, se concentre très souvent sur l'aspect financier et trouve ainsi une légitimité dans l'hôpital en jouant sur un des capitaux spécifiques dominants. Un des hôpitaux observés, par exemple, est doté d'une structure transversale

16. PASS d'une grande ville de banlieue parisienne.

développée et fonctionnelle dont la légitimité est entièrement basée sur les économies financières effectuées et dont l'organisation est gérée de concert par le service social et le service financier ; d'un autre côté le pan médical s'en trouve grandement occulté. Le problème étant qu'il est alors difficile de défendre la conception du soin de la médecine de la précarité et le dispositif se restreint bien souvent à faire de l'accès aux droits (et non aux soins) ce qui constitue son activité rentable valorisable. Cela expliquerait la surreprésentation des permanences transversales sur le territoire français.

Lorsqu'il s'agit de défendre la conception du soin propre au sous-champ de la médecine de la précarité, les agents de la PASS doivent s'y prendre autrement. Une stratégie consiste à décloisonner la structure de son hôpital et à la fédérer avec celles des autres hôpitaux. La création d'une association des PASS de France ou l'organisation de journées de rencontres inter-PASS au niveau départemental, régional ou national sont deux exemples de ces stratégies.

Extrait d'entretien : « Et donc voilà et donc avec le directeur de l'hôpital, il a quand même validé le fait que, activer les choses pour que, tout au moins, il y ait le poste d'interne. Voilà, j'ai toujours essayé de lui mettre la pression, enfin, c'est pour ça que la rencontre (l'organisation d'une rencontre régionale des PASS), là, c'était vraiment des trucs qui étaient super importants, que ça marche bien, c'est super important pour ici que ça marche bien. [...] Et justement [...] continuer à faire le maximum dans le lobbying et donc c'est pour ça que quand j'ai vu comme c'était dur en 2010-2011 [...] j'ai activé les choses pour faire cette rencontre régionale. Cette rencontre régionale, et heureusement, qui a permis d'avoir un impact, qui a permis de toucher d'une façon plus subtile que seulement aller se plaindre, aller voir machin, enfin, les tutelles, pour qu'ils reprennent le travail pour leur propre compte et [pour] que ça s'autonomise. [...] C'était pas simple, et ça aurait pu complètement pas marcher, cette option de se dire que voilà c'est au moment où c'est le plus dur qu'il faut faire le maximum et faire le maximum pour montrer ce qu'on fait, quoi. C'est un petit peu l'idée de la stratégie de la rencontre, quoi. C'est vraiment, c'est super dur, mais montrons-le [au] plus de monde possible, au plus haut possible, ce que c'est que les PASS » (entretien réalisé avec le médecin référent d'une PASS horizontale en mars 2012).

Les PASS acquièrent ainsi une plus grande visibilité et un poids plus lourd au niveau institutionnel. Cela crée également un espace propre où la conception du soin peut se construire, se défendre et se légitimer. Il s'agit donc de promouvoir son capital spécifique de manière transversale en sortant de l'isolement que connaît la structure à l'intérieur de l'hôpital et en réunissant les différentes PASS sur un espace géographique.

Une autre stratégie de légitimation consiste dans la valorisation scientifique de la conception du soin. Le champ de la médecine hospitalière

Une médecine de la précarité à l'hôpital

attache une grande valeur à la légitimité rationnelle et scientifique. C'est d'ailleurs un aspect important de la conception du soin de l'hôpital moderne : il faut publier pour montrer qu'on est innovant et performant au niveau de la recherche (Bercot *et al.*, 2007 et Brian *et al.*, 1988). Les intervenants des PASS essayent de jouer sur ce terrain, mais cela est rendu compliqué par la structure de la valorisation scientifique du champ médical : les revues et journaux suivent également le découpage en spécialité et l'acte technique y occupe aussi une place très centrale. Les agents des PASS sont, par conséquent, contraints de recourir à des disciplines et à des agents du monde scientifique écartés ou en marge du champ de la médecine hospitalière. Les sciences sociales (et plus particulièrement la sociologie des inégalités sociales de santé) et les disciplines médicales qui se rapprochent le plus de leur conception du soin (notamment la santé publique, mais aussi l'infectiologie, la gériatrie ou les soins palliatifs) sont mobilisées pour donner une légitimité scientifique à cette conception du soin à l'intérieur du champ. Ainsi, lors des rencontres scientifiques, ce sont souvent des philosophes, des économistes de la santé ou des sociologues qui font figures d'experts. De même, la publication se concentre davantage sur des revues généralistes ou transversales comme La revue hospitalière de France par exemple.

De ces quelques exemples de stratégies de légitimation développées par les agents de la PASS, on peut conclure que la lutte autour de la conception du soin est un enjeu intéressant dans le sens où, au-delà de la défense de valeurs humanistes, c'est bien le renversement de la structure de distribution du capital spécifique qui est mis en œuvre par les tenants de la conception « élargie » du soin, celle du sous-champ de la médecine de la précarité. En luttant pour la reconnaissance d'une définition « élargie » du soin ou en mobilisant des arguments économiques pour justifier la place de leur PASS dans l'hôpital public, les médecins de la précarité tentent de revaloriser leur capital médical spécifique et, par la même, leur place à l'intérieur du champ de la médecine hospitalière. Une autre conclusion que cette analyse permet d'apporter est que la lecture en terme de champs et de sous-champs est opérante dans l'analyse de la structuration de nouveaux espaces sociaux dans une institution. Elle invite à se concentrer sur le capital spécifique (ici la conception du soin et la pratique qui l'accompagne), sur les mécanismes qui assoient sa légitimité et les conditions de sa production et de sa disparition ; or ce sont bien les éléments clés de l'analyse du changement dans l'institution hospitalière.

Bibliographie

- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*. Paris : La Découverte, coll. « Enquêtes de terrain ».
- Bercot, R. et Mathieu-Fritz, A. (2007). La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités. *Revue française de sociologie*, 4, Vol. 48, 751-779.
- Bourdieu, P. (1976). Le champ scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2-3, 88-104.
- (1979) *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris : Éditions de Minuit.
- (2002) *Questions de sociologie*. Paris : Les Éditions de Minuit, (1984).
- Brian, E. Jaisson, M. (1988). Unités et identités. Note sur l'accumulation scientifique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, Vol. 74, septembre 2002, 66-75.
- Dodier, N. Camus, A. (1997). L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital. *Annales*, 4, juillet-août 1997, 733-763.
- Fassin, D. Hauray, B. (Eds.). (2010). *Santé publique : l'état des savoirs*. Paris : La Découverte.
- Foucault, M. *et al.* (1979). Les machines à guérir. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Guirimand, N. (2005). De la réparation des « gueules cassées » à la « sculpture du visage ». La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux guerres, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, 2005/1, 72-87.
- Herzlich, C. (1973). Type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière. *Revue française de sociologie*, XIV, numéro spécial.
- Imbault-Huart, M.-J. (1998). Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital : une approche historique. In J. Lebas P. Chauvin (Eds.), *Précarité et santé*. Paris : Flammarion 75-83.
- Jaisson, M. (2002). La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143, 44-52.
- Jamou, H. (1969). *Sociologie de la décision, la réforme des études médicales et des structures hospitalières*. Paris : CNRS.
- Monet, J. (2004). Une Spécialité Médicale Impossible. Construction et Disqualification de La Kinésithérapie. *Regards sociologiques*, 29, 115-130.
- Moyal, A. (2012). Situations de communication entre patients et personnels hospitaliers : l'expérience du patient face à la représentation professionnelle. Étude sociologique auprès d'un service d'urgences pédiatriques accueillant une population d'origines sociales et culturelles diversifiées. *Mémoire de recherche de M2 SPPS*, juin 2012.
- Parizot, I. (2003). *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*. Paris : PUF, coll. le Lien social.
- Pinell, P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005/1, 156-157, 4-36.

Une médecine de la précarité à l'hôpital

- (2009). La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870). *Revue française de sociologie*, 2009/2, vol. 50, 315-349.
- Strauss, A. (1978). *Negotiations : Varieties, Processes, Contexts, and Social Order*. San Francisco : Jossey-Bass.

Geeraert Jérémie

Depuis 2011 - Doctorant contractuel / moniteur en sociologie à l'université Paris 13 – Nord, rattaché au laboratoire IRIS (Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux - Paris 13 - Inserm - EHESS - CNRS), sous la direction de Marie Jaisson.